Aus der Königlichen Universitäts-Nerven- und psychiatrischen Klinik
zu Halle a. S. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton.

Die Eigenart der akuten Psychosen im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin und Chirurgie,
mit Genehmigung der hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Adolf Engel
aus Lodz.

Halle (Saale)
Buchdruckerei Hohmann
1916

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät der Universität Halle-Wittenberg.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton.

Abderhalden
dz. Dekan.

Das Kindesalter dürfte jetzt wohl allgemein in der medizinischen Welt eingeteilt werden: 1. in das zarte Kindesalter oder auch Säuglingsalter genannt und 2. in das spätere Kindesalter.

Das neugeborene Kind hat in den ersten Lebenstagen noch gewisse Eigentümlichkeiten, die an den ursprünglichen Zusammenhang mit der Mutter erinnern. Diese Eigentümlichkeiten des Neugeborenen rühren her von den ungewohnten Eigenarten des Lebens außerhalb des mütterlichen Körpers und dauern etwa 14 Tage. Darauf folgt das eigentliche Säuglingsalter, welches die Zeit darstellt, wo der Mensch naturgemäß an der Brust seiner Mutter genährt wird. Diese Unselbständigkeit des Kindes, die Abhängigkeit von der Mutter ist das, was für den Säugling charakteristisch ist, da er mit Sicherheit nur gedeihen kann, wenn er die Nahrung von der Mutter bezieht.

Da die Zusammensetzung der Muttermilch jedoch derart ist, daß sie als ausschließliche Nahrung nur dem jungen Kinde zu genügen vermag, so muß schließlich eine Zeit kommen, wo die fortschreitende Entwickelung des Kindes gebieterisch anderes Nahrungsmaterial verlangt. Dieser Zeitpunkt ist ungefähr der 8.—9. Monat. Die Säuglingszeit hat hiermit im engeren Sinne ihr naturgemäßes Ende erreicht.

Jetzt tritt das eigentliche Kindesalter oder auch späteres Kindesalter genannt in seine Rechte. In dieser Lebensperiode lernt der Mensch gehen und sprechen, und es spielen sich die wichtigen Prozesse der ersten und zweiten Zahnung ab.

Diese Zahnungen sind insofern von Bedeutung, da sie bei hereditär veranlagten Kindern gar nicht so selten als ein auslösendes Moment für Geistes- und Gehirnkrankheiten sind.

Die Kindheit hört mit dem Beginn der Pubertät auf. Es läßt sich im allgemeinen schwer sagen, in welchem Moment die Kindheit aufhört und wann die Pubertät beginnt. Da aber die Pubertätsperiode die naturgemäße Grenze des Kindesalters darstellt, und wir für diese Uebergangszeit sichere Symptome kennen, so ist es nötig, um das Ende der Kindheit zu bestimmen, diese Zeichen etwas näher zu präzisieren.

Die Pubertät ist die Zeit, in der der Mensch beginnt fortpflanzungsfähig zu werden. Die Keimdrüsen beginnen ihre spezifische Tätigkeit zu entfalten: Im Hoden reifen die Samenfäden, in den Ovarien die Eier. Die Eier werden in etwa monatlichen Zwischenräumen unter den Erscheinungen der Menstruation ausgestoßen; bei den Knaben stellen sich unwillkürliche Samenergießungen ein. Außerdem treten die Keimdrüsen auch jetzt in Korrelation zur Schilddrüse, zur Hypophyse und zu den übrigen Drüsen des menschlichen Körpers.

Die bisher kindliche Gestalt verändert sich: Der Thorax erweitert sich; die Brüste schwellen bei den Mädchen durch Binde- und Drüsenfettgewebsentwicklung an, und ihr Becken erweitert sich; die äußeren und die inneren Teile der Genitalien werden blutreicher und wachsen jetzt sehr schnell; Scham- und Achselhaare, bei Knaben auch Bart-, Brust- und Rückenhaare, sprießen hervor.

Die inneren Organe wie Herz, Lunge, Gehirn, Kehlkopf (daher auch die unreine, rauhe Stimme der Knaben in der Pubertät) u. s. w. nehmen an Größe zu.

Sonstige Eigentümlichkeiten wie Tierquälereien, flegelhaftes Benehmen den Angehörigen gegenüber u. s. w. bei Knaben und anhimmeln einer Lehrerin oder eines Lehrers u. s. w. bei den Mädchen werden oft in der Pubertätszeit beobachtet.

Die Pubertät beginnt bei Mädchen etwas eher (etwa

12—16 J.) als bei Knaben (etwa 15—18 J). Thiemich äußert sich in dieser Beziehung folgendermaßen: „Das Lebensalter, in welchem Knaben mannbar werden und die Mädchen zum erstenmal menstruieren, schwankt unter dem Einflusse von erblicher Anlage, Rasse, sozialer Stellung, Klima, Lebensweise und individuellen Momenten."

Ehe ich zur Beschreibung der Eigenart der akuten Psychosen im Kindesalter übergehe erlaube ich mir, einen kurzen Ueberblick des psychischen Vorganges und dessen Störung beim Kinde zu geben.

Alle seelischen Vorgänge entspringen, wie schon Alcmeon von Croton als erster annahm, dem Gehirn. Nach ihm waren es Hippokrates und seine Schule, die auf Grund der Erfahrung annahmen, daß Verletzungen und Erkrankungen des Gehirns oft die Seele in Mitleidenschaft ziehen.

Gall lehrte dann, daß die Seelentätigkeit des Gehirns sich in den Hirnwindungen abspiele und daß nicht alle Windungen von gleicher geistiger Qualität seien.

Die Gall'sche Lehre wurde später von verschiedenen Forschern experimentell und entwicklungsgeschichtlich zum Teil bestätigt und weiter ausgebaut.

Fritzsch und Hitzig entdeckten 1870 vermittelst des galvanischen Stromes die motorischen Leitungen der Großhirnrinde.

Diese wertvolle Entdeckung führte 1873 durch Ferrier zur Entdeckung der sensorischen Leitungen im Gehirn. Er konnte mit dem faradischen Strom von der Hirnoberfläche zweckmäßige und zielbewußte Bewegungen wie Tasten, Schauen, Horchen, Schnüffeln u. s. w. hervorrufen.

Munk zeigte am Tier durch systematische variierte Abtragung einzelner Hirnwindungen die verschiedensten Störungen der seelischen Vorgänge.

Diese Entdeckungen werden von Flechsig auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Forschung weiter ausgebaut.

Flechsig sucht in der Hirnrinde anatomisch nachzuweisen sog. Assoziations- oder Coagitationszentren (ein frontales, ein insuläres und ein occipito-parieto-temporales), die er direkt als „Denkorgane“ bezeichnet und sog. Sinneszentren (Körperfühlsphäre, Seh-, Hör- und Riechsphäre). Ferner konnte Flechsig an Hirnschnitten von Föten und Neugeborenen feststellen, daß diese Assoziationszentren erst nach dem inneren Ausbau der Sinneszentren streng gesetzmäßig und systematisch von denselben Markfasern, die Assoziationsfasern, erhalten, die verschiedensten Sinneszentren miteinander verbinden und dicht nebeneinander in der Hirnrinde enden. „Diese Assoziationszentren stellen Apparate dar, die die Tätigkeit mehrerer äußerer und innerer Sinnesorgane zu höheren Einheiten zusammenfassen“ (Flechsig).

Der psychische Vorgang dürfte sich, wenn Flechsigs Lehre richtig ist, folgendermaßen abspielen.

Die Zellen — Ganglienzellen — der verschiedensten Rindengebiete des Gehirns nehmen die markhaltigen Fasern der Sinnesorgane auf und verbinden auf diese Weise die Assoziationszentren miteinander. Durch die Erregung der Sinneszentren werden in den Assoziationszentren Vorstellungen hervorgerufen und gegenseitig ausgetauscht. Durch Vereinigung von mehreren Vorstellungen entstehen Begriffe, die durch entsprechende Laute kundgegeben werden können.

Die Vorstellungen laut und artikuliert vermittelst Atmung, Kehlkopf, Lunge und Lippen von sich zu geben, dürfte wohl als der höchste intellektuelle Fortschritt im menschlichen Dasein zu verzeichnen sein.

Die Sprache, „die ein Abrichtungsmittel, ein Zuchtmeister ist, mittels dessen Vorstellungen ein für allemal in Reih und Glied geordnet werden“ (Wernicke), wird nur ganz allmählich beim Kinde logisiert, da Aufmerksamkeit und Gedächtnis noch mangelhaft und das Bewußtsein noch eng ist. Nach dem von Meumann und Stern formulierten Sprachgesetz geht die Sprach-

entwicklung vom Affektiv-Willenmäßigen zum Objektiv-Intellektuellen. Den Abschluß bildet die logisch-begriffliche Stufe der Wortbedeutung.

Der Vorstellungsprozeß ist beim kleinen Kinde noch gering und daher ist dasselbe auch sehr arm an Erinnerungsbildern. Demgegenüber überwiegt aber das Selbstgefühl. Das Kind ist sinnlich veranlagt und von Sinneseindrücken in hohem Grade beherrscht Das Kind genießt eben die Gegenwart ganz unbekümmert um die Vergangenheit und Zukunft. Mit Begierde werden die Eindrücke der Außenwelt in sich aufgenommen, die ja im Seelenleben des Kindes eine so große Rolle spielen, wie uns dies Darwin, Kußmaul, Preyer und andere gezeigt haben.

Im weiteren Entwicklungsgang des Kindes entsteht durch die Gehirnarbeit das Vermögen, die Eindrücke der Außenwelt nicht nur in ihren Umrissen wahrzunehmen, sondern es lernt diese Außenwelt auch verstehen und es tritt mit den Lebewesen seiner Art in Fühlung. „Unsere Gefühle sind abhängig von den Gefühlen und vom Ausdrucke der Gefühle gleichgearteter Lebewesen und daher werden wir von anderen Menschen beeinflußt nicht nur durch die sprachliche Gedankenvermittlung, sondern auch durch die vorgebildete Gemeinschaft der Gefühle, da doch an die Gefühlskomplexe sich auch die Gedankenrichtungen und in der weiteren Folge auch die Willensrichtungen anknüpfen.“ (Anton.)

Wenn nun ein Kind, das immer heiter und guten Mutes war, plötzlich ein anderes Wesen seines Naturells kund gibt, ohne daß irgend eine triftige Veranlassung zu dieser Gemütsveränderung vorhanden ist, so können wir uns zu dieser Veränderung der Frohnatur des Kindes nicht gleichgiltig verhalten, zumal sich doch in der Seele, im Gehirn des Kindes etwas abspielt, was nicht dahin gehört. Gehen diese seelischen Verstimmungen mit einer Alteration der geistigen Gefühle, des Denkens, Begehrens und der Einfühlung einher, so sind wir berechtigt von einer Störung der Psyche, von einer Geisteskrankheit zu sprechen.

Die Geisteskrankheiten beruhen nach Flechsig auf einer Erkrankung der Assoziationszentren, die etwa $^2/_3$ der Hirnrinde und die zugehörigen Leitungsfasern einnehmen. Sind diese Zentren teilweise oder ganz zerstört, so geraten die Gedanken in ein wirres, fremdartiges Durcheinander.

Wernicke hingegen nimmt an, daß die Geisteskrankheiten Allgemeinkrankheiten seien, und den Sitz dieser Krankheiten verlegt er in das System der zur Verbindung der Projektionsfelder untereinander dienenden Assoziationsfasern, die jedoch nicht in ihrer Gesamtheit, sondern mit individueller und funktioneller Auswahl ergriffen sind. Bei seinen Betrachtungen geht Wernicke nicht von den Störungen der Gedanken der Geisteskranken aus, sondern von den Störungen der Sprache und den Bewegungsäußerungen, da er behauptet, daß die Geisteskrankheiten wie gewisse Fälle von Aphasie ihren Sitz in den Assoziationsbahnen haben.

Tritt nun eine Störung ziemlich plötzlich in den geistigen Gesamtzustand des Kindes ein, und geht dann dieser Krankheitsprozeß nach einer kürzeren oder längeren Zeit des Bestehens zurück, so sprechen wir von einer akuten Psychose des Kindesalters. Zu den akuten Psychosen werden die Manie, die Melancholie, die Katatonie und die Amentia gerechnet. (Anton.)

Die akuten Psychosen des Kindesalters sind denen der Erwachsenen ähnlich. Nur treten die Symptome in anderen, dem kindlichen Entwicklungsgang entsprechender Form auf: Sie entspringen in ihren Symptomen der Ideenwelt des Kindes und beziehen sich auf die eigene Person, auf die Familie, Schule, Religion, Gespiele oder Gespielinnen und auf sonstige seiner Erziehung entsprechende Begriffe.

Die Prädisposition für die akuten Psychosen ist im Kindesalter geringer als bei Erwachsenen. Dies rührt nach E. Meyer daher, daß die Biegsamkeit der geistigen Eindrücke des Kindes, seine Phantasie, Affekte und die unsichere Stimmung sich den wechselnden Umständen besser anzupassen vermögen als der reiche Vorstellungsinhalt des Erwachsenen.

Nach Oldendorff's Statistik erkrankten im Jahre 1871 in 13 Deutschen Staaten Kinder bis zu 15 Jahren $18^1/_2$ mal weniger als Erwachsene an Psychosen, und die Erkrankungsgefahr war in den ersten Lebensjahren eine viel geringere als in der zweiten Hälfte der Kindheit. Dieser Vergleich könnte ungefähr auch auf die akuten Psychosen übertragen werden.

Diesen einleitenden Worten schließe ich nun die Beschreibung der Eigenart der akuten Psychosen im Kindesalter an.

Manie.

Das Krankheitsbild der Manie war schon im Altertum bekannt. Die Schriften des Hippokrates, Platon, Aristoteles, Aretaeus von Cappadocien, Galen, Oribasius, Alexander von Tralles, Soranus, Caelius Aurelianus legen davon Zeugnis ab.

Im Mittelalter waren es Sennert (geb. 1572), Hermann Boerhave (geb. 1668) und nach ihnen viele andere, die uns Beschreibungen der Manie hinterließen. Boerhave vertrat die Ansicht, daß Manie und Melancholie nicht wesentlich verschieden seien.

In neuerer Zeit waren es Haslam (1798), Pinel (1801), Esquirol (1818), v. Krafft-Ebing (1879), Mendel (1881) und andere, die das Krankheitsbild der Maniaci eingehender klinisch analisierten und die Manie als eine selbständige Krankheit betrachteten.

Mit der Manie im Kindesalter beschäftigten sich zuerst: Caelius Aurelianus — generatur autem (Mania) difficilis in pueris, Haslam — beschrieb 1809 drei kindliche Fälle von Manie, Esquirol — teilte 1816 den Fall eines 8 jährigen manischen Mädchens mit, Guislain — beschrieb 1838 unter „monopathie furieuse“ ein 7 jähriges Mädchen, Jacobi — bechrieb 1844 zwei Fälle von kindlicher Manie, Delasiauve 1849,

Paulmier 1856, Voisin, Morel — beschrieb den Fall eines 11 jährigen manischen Mädchens.

Unter Manie im Kindesalter verstehen wir — ähnlich wie bei Erwachsenen — heute eine Geistesstörung, die sich durch Neigung zu raschem Stimmungswechsel, pathologische Heiterkeit, Beschleunigung des Vorstellungsablaufs und einen gesteigerten Bewegungsdrang charakterisiert.

Die krankhafte Heiterkeit ist als das primäre Hauptsymptom der Manie anzusehen, der sich die anderen Symptome unterordnen. Die anhaltende euphorische und ausgelassene heitere Stimmung der Kinder, die bisweilen auf Einspruch oder Verweis ein aufbrausendes Wesen hervorbringen kann, ist das auffälligste. Diese Kinder lachen unaufhörlich; sie necken andere Kinder; suchen mit jedermann Gespräche anzuknüpfen; sprechen über alles. Mit der heiteren Verstimmung vergesellschaften sich oft Wahnvorstellungen, hauptsächlich Größenideen, und mitunter auch Sinnestäuschungen. Die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind meist angenehmen Inhalts. So erzählen die Kinder, daß jeder Wunsch, den sie sich ausmalen, ihnen erfüllt wird: Sie bekommen vom Vater seidene Kleider, teure Stiefel und Hüte, eine Equipage mit zwei Springern davor und fahren auf diese Weise fort, die kritiklosesten euphorischen Wahnideen zu produzieren; sie befinden sich im Himmel; sehen Engelsgestalten u. s. w.

Einsprüche, daß der Vater doch arm sei, kommen nicht zur Geltung. Vorübergehend tritt bisweilen an Stelle dieser heiteren eine weinerliche oder gereizte Verstimmung, und zwar ganz besonders, wenn die Wünsche nicht erfüllt werden. In schweren Fällen kann es sogar zu Wutausbrüchen kommen. Die Wutausbrüche sind aber nur von kurzer Dauer — die heitere Unruhe windet sich bald wieder durch.

Die Störung des Vorstellungsablaufs äußert sich in dem fortwährenden Wechsel der Vorstellungen. Mit dieser Anomalie hängt auch ein unaufhörlicher Redestrom eng zusammen. Die Kinder gelangen schnell von einer Vorstellungsreihe auf die

andere; sie schwatzen alles durcheinander und andauernd, sie lassen den Arzt oder die Angehörigen nicht zu Worte kommen. Jeder Einfall, jeder Sinnesreiz wird zum Ausgangspunkt ganzer Assoziationsreihen, die sich nur durch Alliterationen oder Klangassoziationen ähneln, aber untereinander in keinem logischen Zusammenhang stehen. Die zusammenhangslosen Vorstellungen werden noch gesteigert durch die leichte Aufmerksamkeit dieser Kinder auf äußere Eindrücke. Jedes Wort, jedes Geräusch u. s. w. weckt neue zusammenhangslose Gedanken. Auf der Höhe der Krankheit können die Vorstellungen nie zu einem bestimmten Ziel verarbeitet werden. Der Ablauf der Vorstellungen geht so rasch, daß ihm die Sprache nicht mehr folgen kann (Magnan). Diese Dissoziation beobachten wir nur bei schwer kranken Kindern. Bei den leichteren Fällen ist der Zusammenhang der Vorstellungen noch leidlich erhalten. Geordnetes Denken und Zielstrebigkeit sind noch im zureichenden Grade vorhanden (Anton). Diese Kinder können sogar durch ihren sprudelnden Redestrom und ihre schlagfertigen Antworten einen ziemlich normalen Eindruck machen. Jedoch bei genauer Prüfung findet man, daß der Vorstellungsablauf keineswegs die Parallele mit einer gewissen Vertiefung hält. Der Redestrom ist gedankenarm und ideenflüchtig.

Besonders tritt die Störung des Vorstellungsablaufs in den schriftlichen Aeußerungen klar zu tage, wie aus folgenden Reimen eines manischen Mädchens ersichtlich.

1. Führ mich ja nur alleine,
   An Deiner Hand,
   Kann machen was die Seinen
   Ins treue Vaterland.

2. Führst Du auch an deiner Seite
   Ein Retter Deinem Schwert
   So bin ich mit im Streite
   Es ist ja alles Wert.

3. In der Heimat ist's doch schöner,
   Mit einem weißen Kleid,

So laß es doch nur bleiben,
In Deinem Edelweiß.

4. Gottes Engel schützt ja alle
Und hilft Sie ja auch balde
Mit Seinen beiden Flügeln
Über Tal und Hügel.

Der gesteigerte Bewegungsdrang ist ebenfalls sehr abwechslungsreich. Bei allem Tatendrang ist auch hier eine bestimmte Richtung nicht zu erkennen. Diese Kinder sind in steter Unruhe. Sie schwatzen, lärmen, springen, grimmassieren rastlos; bei keinem Spiel halten sie lange aus; schnell werden neue Pläne erdacht und noch rascher werden dieselben ziellos ausgeführt.

In den schwereren Fällen ist dieser rast- und ziellose Bewegungsdrang noch impulsiver. Die Kinder zerreißen die Bettdecke in hundert Stücken und fertigen sich daraus ein phantastisches Gewand; sie zertrümmern Scheiben u. dergl.; schmieren mit Kot und Urin; geraten leicht in Wut; benehmen sich brutal gegen andere Kinder, oder vergreifen sich sogar tätlich an Erwachsenen.

Verlauf. Je nach der Intensität der krankhaften Symptome kann man eine leichtere Form (Hypomanie, maniakalische Exaltation) und eine schwerere Form unterscheiden.

Die leichtere wie die schwerere Form kann ganz plötzlich auftreten, meist aber geht der eigentlichen Krankheit ein Prodromalstadium voraus, welches gewöhnlich einige Tage, mitunter aber auch einige Wochen dauert. Die Kinder werden ruhiger als sonst, erkennen bisweilen ihre Angehörigen nicht; bisweilen tritt eine ängstliche Unruhe ein, sie schlafen und essen wenig, klagen über Kopfschmerzen und sind weinerlich. Nach einiger Zeit des Bestehens dieses Unbehagens der Kinder tritt dann mehr oder weniger schwer das echte Krankheitsbild auf.

Bei der leichteren Form, obwohl die Kardinalsymptome dem aufmerksamen Beobachter deutlich wahrnehmbar sind, verfügt das Kind noch über eine gewisse Selbstbeherrschung,

z. B. gegenüber fremden Personen. Der Vorstellungsablauf ist noch ziemlich geordnet, obwohl eine leichte Ideenflucht kaum zu verkennen ist. Aufmerksamkeit und Erinnerung sind noch leidlich erhalten. Auf Fragen bekommt man von den Kindern immer noch eine logische Antwort. Die ausgelassene Heiterkeit, der sprudelnde Redestrom und der rastlose Bewegungsdrang sind für kurze Zeit möglich zu hemmen. Krankheitseinsicht ist jedoch nicht vorhanden. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen dürften bei den leichteren Formen wohl kaum vorkommen. Der Appetit ist gut. Der Schlaf ist unruhig und von kurzer Dauer. Die Ermüdung fehlt.

Die ganz leichten Fälle kindlicher Manie können mitunter übersehen werden, zumal ja die ausgelassene Heiterkeit eine physiologische Erscheinung des kindlichen Seelenlebens darstellt. Auf gütliches Zureden oder auf Verweise ist es möglich, das heitere Wesen des gesunden Kindes nach Belieben zu hemmen, oder es tritt nach einer mehr oder weniger längeren Ausgelassenheit die normale Ermüdung ein. Die ausgelassene Heiterkeit ist als pathologisch anzusehen, wenn sie auf keine Weise zu beschwichtigen ist und wenn die Kinder in diesem Uebermut nicht ermüden.

Bei der schwereren Form sind die Kardinalsymptome je nach dem Grad der Krankheit mehr oder weniger scharf ausgeprägt. Der Vorstellungsablauf ist verworren. Wahnvorstellungen und oft auch Sinnestäuschungen sind mit der heiteren Verstimmung eng verknüpft. Die heiteren Affekte kennen hier keine Grenzen mehr. Die natürliche Verlegenheit der Kinder ist geschwunden. Selbstbeherrschung ist kaum noch vorhanden. Der Mund steht nicht mehr still. Die Inkohärenz des Redestromes ist deutlich wahrnehmbar. Etwaige Antworten erfolgen schlagfertig und keck, oft gepaart mit Schimpfworten und Flüchen. Jegliches Schamgefühl ist verschwunden. Auch der Bewegungsdrang ist nicht mehr zu hemmen. Aeltere Kinder verlassen bisweilen das Elternhaus, treiben sich auf den Straßen, in fremden Häusern herum, wobei es nicht selten zu Alkoholexzessen oder gar Diebstählen kommt. Andere

Kinder geraten leicht in Zerstörungs- oder Tobsucht, zögern auch nicht, sich selbst Schaden zuzufügen. Bei all dieser Unruhe ist kein Ermüdungsgefühl bemerkbar. Der Schlaf und die Nahrungsaufnahme sind sehr beeinträchtigt. Das Körpergewicht sinkt oft erheblich. Magen- und Darmstörungen sind oft vorhanden. Der Puls ist frequent. Die Temperatur ist oft gesteigert. Nach Ziehen soll die Manie im Kindesalter ausnahmsweise von Krampfanfällen begleitet sein, die den epileptischen ähneln, ohne daß vor dem Ausbruch der Krankheit je Krämpfe aufgetreten waren und ohne daß nach Heilung derselben die Anfälle wiederkehren.

Dieses Höhestadium der Manie dauert bei der leichten wie bei der schweren Form selten nur einige Tage, meist einige Wochen oder Monate. Nun beginnt das Krankheitsbild allmählich zu verschwinden. Die Kardinalsymptome nehmen immer mehr an Intensität ab. Obwohl die heitere Verstimmung noch lange vorherrscht, lassen Tätigkeits- und Rededrang deutlich nach. Etwaige Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen verschwinden. Normales psychisches Wesen stellt sich ein. Kurzdauernde Rückfälle in den früheren maniakalischen Zustand sind jedoch keine Seltenheit. Schließlich verschwinden auch die Rückfälle und die heitere Verstimmung vollständig. Schlaf und Appetit werden normal. Das Körpergewicht nimmt auffällig zu.

Heilung ist der gewöhnliche Ausgang der Manie.

Die Prognose ist insofern getrübt, da wir noch keine sicheren Anhaltspunkte haben, ob man es nicht etwa mit dem ersten Anfall einer periodischen Manie oder eines zirkulären Irreseins zu tun hat. Der Ausgang in Demenz ist möglich, aber sehr selten (Ziehen). Todesfälle können höchstens bei gleichzeitig vorhandenen ernsten Komplikationen vorkommen.

In differenzialdiagnostischer Beziehung kommen in Betracht:

Die periodische Manie und das zirkuläre Irresein. Leider haben wir zurzeit, wie schon angedeutet, keine sicheren Merkmale dafür, ob es sich um eine nur einmal im Leben auftretende Manie oder um den ersten Anfall einer in kürzeren

oder längeren Zwischenräumen wiederkehrenden Erkrankung, respektive um eine zirkuläre Psychose, bei der sich Manie und Melancholie dauernd mehr oder weniger regelmäßig abwechseln, handelt. Bei erblich stark belasteten Kindern und bei raschem Anstieg der Krankheit bei verhältnismäßig mildem Verlauf ist an eine periodische oder zirkuläre Psyche zu denken.

Die Katatonie. Die pathologisch gesteigerte Heiterkeit der manischen Kinder kann bisweilen mit der motorischen Erregtheit und der sprachlichen Verworrenheit der Katatomie verwechselt werden. Die sprachlichen Aeußerungen des katatonischen Kindes sind zusammenhangslos und eintönig, während der Redefluß des manischen immerhin noch einen gewissen Sinn hat und die Antworten ziemlich schlagfertig sind. Die motorische Erregtheit der Katatonie ist mit der sprachlichen Verworrenheit nicht gleichlaufend, das Kind ist sogar in der Ruhe verworren und dissoziiert und zeigt etwas Läppisches, Stereotypes, Zwangsmäßiges, gegenüber der auffällig wechselvollen in Sprache und Handeln des maniakalischen Kindes.

Amantia. S. Differenzialdiagnose bei der Amentia.

Juvenile Paralyse. Da im Beginn sowie im Verlauf der Paralyse maniakalische Erregungszustände auftreten, so ist auch eine Verwechslung der Manie mit jener möglich. Der Nachweis von Sprachstörungen, der reflektorischen Pupillenstarre, des Fehlens der Sehnenreflexe und der geistigen Schwäche sprechen mit Bestimmtheit für Paralyse. In Bezug der Wahnvorstellungen ist zu erwähnen, daß dieselben bei der Manie mit dem Nachlaß der heiteren Verstimmung verschwinden, während dies bei der Paralyse nicht der Fall ist. Schließlich dürfte der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion, sowie die starke Vermehrung der zelligen Elemente aus der durch Punktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit und die Zunahme des Gehaltes der Flüssigkeit an Serumalbumin die Diagnose Paralyse sichern.

Epilepsie und Hysterie. Epileptische und hysterische Erregungs- und Verwirrtheitszustände können mitunter dem

maniakalischen Bilde ähneln. Die Anamnese, das schnelle Entstehen und die kurze Dauer des Erregungszustandes sowie der Erinnerungsdefekt für das Vorgefallene werden hier die Diagnose Manie außer Betracht setzen.

Aetiologie. Die meisten Fälle von kindlicher Manie sind auf Erschöpfung wie körperliche Ueberanstrengung, Blutverluste, heftige Gemütsbewegung, Unterernährung, langdauernde Schmerzen und dergleichen zurückzuführen. Weiter spielt die hereditäre Belastung eine erhebliche Rolle. Auch werden Herzkrankheiten, Kopftraumen und Chorea beschuldigt, eine Manie im Kindesalter hervorrufen zu können.

Melancholie.

Die wissenschaftliche Erforschung der Melancholie hielt im Altertum, Mittelalter, in der neueren und neuesten Zeit mit der Manie gleichen Schritt. Daher haben auch sämtliche Autoren, die uns Wissenswertes über die Manie hinterlassen, dies auch in Bezug der Melancholie getan.

Von den Autoren, die sich als die ersten mit dem Krankheitsbilde der Melancholie im Kindesalter beschäftigt haben, sind zu erwähnen: Haslam (1798), Falret — erwähnt den Fall eines 11jährigen Knaben, der in so tiefer Melancholie versank, daß er den Versuch machte, sich das Leben zu nehmen Esquirol — teilte 1838 den Fall eines 11jährigen Melancholikers mit, Guislain (1838), Griesinger, Maudsley, Emminghaus (1882).

Die Melancholie stellt das Gegenteil von der Manie vor. Das Krankheitsbild derselben ist charakterisiert durch traurige Verstimmung, Verlangsamung des Vorstellungsablaufs, Bewegungshemmung, und bei manchen Kindern gesellt sich noch Angst hinzu.

Eine längere Zeit anhaltende und nicht genügend be-

gründete Traurigkeit ist beim Kinde schon insofern als nicht normal zu betrachten, da ja die frohe Heiterkeit zur Norm der kindlichen Natur gehört. Die traurige Verstimmung ist daher auch das Hervorstechenste bei der Melancholie. An Stelle der Frohnatur des gesunden Kindes stellt sich hier stilles, teilnahmsloses oder ängstliches Wesen ein. Auf äußere Eindrücke, denen das normale Kind so lebhaftes Interesse entgegenbringt, reagiert das melancholische Kind kaum oder gar nicht. Die Fröhlichkeit anderer Kinder wird ihm zur Qual. Am liebsten sucht es die Einsamkeit auf, wo es ungestört vor sich hinträumen kann. Es ist schweigsam, blickt unruhig umher. Die Schularbeiten werden vernachläßigt. Auf Fragen antwortet es nur: „Ich bin so traurig“ oder dergl. Bisweilen gesellen sich zu der traurigen Verstimmung auch Sinnestäuschungen, meist ängstlicher Natur: Das Kind sieht Gespenster; es unterbricht sich oft beim Essen und lauscht als wenn es Stimmen hörte; es spricht mit Gott; es sagt, die Medizin sei Gift. Zu den Sinnesentäuschungen gesellen sich auch Wahnvorstellungen hinzu in Form von Selbstanklagen, des Verfolgtseins u. dergl.: Das Kind spricht im flüsterndem Ton, daß es ein Sünder sei, weil es die Mutter, den Lehrer belogen habe; glaubt sterben zu müssen, da es sich für untauglich hält und weil es die Eltern in's Unglück gestürzt habe; man will es vergiften; es habe Strafe verdient; es kann die Eltern nicht mehr lieb haben. Bisweilen wird das Kind von Angst und Unruhe geplagt: es läuft im Zimmer auf und ab; es verkriecht sich oder versucht aus dem Zimmer zu stürzen; mitunter unternimmt es, falls seine Gedanken nicht rechtzeitig enträtselt werden, einen Selbstmord. Bisweilen kann die Angst auch in Raserei ausarten.

Die Verlangsamung des Vorstellungsablaufs äußert sich vor allen Dingen in einer Störung der Auffassungsfähigkeit und Aufmerksamkeit. Einfache Fragen beantwortet das Kind erst nach langem Besinnen; man kann dem Kinde den Namen der Schwester oder des Pflegers sehr oft sagen, und wenn sie ihn hersagen sollen, können sie es nicht; an den Schul-

büchern sitzt es stumpf und bekommt das aufgegebene Pensum nicht fertig. Bisweilen achtet das Kind auf nichts mehr, es ist völlig mit sich beschäftigt. In den schwersten Fällen können die Denkprozesse so gehemmt sein, daß sie bisweilen den Eindruck von Ausfallserscheinungen machen, wie wir dies bei schwachsinnigen Kindern beobachten.

Die Verlangsamung des Vorstellungsablaufs ist — ausgenommen der Melancholie, die mit Angst einhergeht — regelmäßig von einer Bewegungshemmung begleitet, die bei verschiedenen Kindern von verschiedener Intensität sein kann. Bei den mehr leichtverlaufenden Krankheitsfällen kann sie sich in nur einer geringen Willensschwäche äußern: Das Kind spielt in solch einem Falle nicht mit anderen Kindern; es sucht sich abzusondern und ist schweigsam; es beantwortet kaum die Fragen; Aufträge werden sehr langsam erledigt Bei den schwereren Formen sind die motorischen Hemmungen viel deutlicher: Das Kind sitzt viel untätig, oder es liegt mit geschlossenen Augen; jeder Handgriff wird schneckenhaft langsam ausgeführt; beim Spaziergang muß es viel gezogen werden; es spricht wenig. Bisweilen ist das Kind zu nichts mehr zu bewegen; es spricht und ißt nicht mehr spontan; Urin und Stuhl läßt es unter sich; bisweilen ist Flexibilitas cerea vorhanden. Bei den Fällen, die mit Angst einhergehen, ist gerade das Gegenteil zu beobachten: Das Kind befindet sich hier in steter Unruhe; es läuft hin und her und ist dabei sehr traurig; steckt den Finger in den Mund; kaut an den Fingernägeln; isst mit einer ängstlichen Hast; bisweilen versucht es schlauerweise, heimlich die Krankenstätte zu verlassen; auch von Brandstiftungen und Selbstmordversuchen berichtet die Literatur.

Man kann demnach eine angstlose, eine ängstliche und eine stuporöse Form der Melancholie unterscheiden.

Die kindliche Melancholie, ganz gleich welche Form, tritt bisweilen ganz plötzlich auf, meist aber geht der eigentlichen Krankheit ein mehrtägiges bis einige Wochen dauerndes Prodromalstadium voraus. Die Kinder klagen über Kopf- oder

sonstige Schmerzen, Augenflimmern, Schlaflosigkeit; sie essen wenig; werden schnell reizbar; bisweilen bekommen sie nachts Schreckanfälle. Diese Beschwerden können so minimal sein, daß sie oft von den Angehörigen kaum beachtet werden. Eines Tages treten dann die Symptome dieser Krankheit plötzlich und deutlich hervor

Bei der angstlosen Melancholie (Melancholia simplex, Hypomelancholie, die leichte, einfache Melancholie), sind die krankhaften Symptome noch nicht so sehr von der Norm abgewichen, jedoch ist in dem sonst heiteren Wesen des Kindes eine leichte traurige Verstimmung eingetreten; das Kind findet keine Lust am Spiel; es ist stubenhockerisch geworden; am liebsten sitzt es allein, träumt und grübelt; auf Scherze erhält man höchstens ein teilnahmsloses Lächeln; bisweilen weint es, Im Einklang mit diesem traurigen Wesen sind auch leichte Veränderungen auf dem Gebiete des Denkens und ebenso in motorischer Hinsicht eingetreten. Dieselben sind von der normalen Intensität abgewichen. Das Kind antwortet zwar auf gestellte Fragen noch richtig, jedoch werden die Antworten sehr langsam, mit leiser Stimme und befangen hervorgebracht. Haltung und Gang sind schlaff. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen dürften hier kaum vorkommen. Der Appetit ist bei diesen Kindern schlecht. Der Schlaf ist mangelhaft, unruhig. Bisweilen klagen die Kinder über objektiv nicht nachweisbare Schmerzen. Der Puls ist meist frequent und klein. Die Temperatur ist oft erhöht.

Bei der ängstlichen Melancholie (Melancholie mit Angst, melancolie anxieuse, Melancholia agitata, Mel. activa) treten zu der Depression noch Angstaffekte hinzu, die hier meist kontinuierlich im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Die Angst wird meist in die Brust, seltener in's Abdomen oder in den Kopf lokalisiert und verstärkt sich gewöhnlich anfallsweise. Die Denkprozesse und die motorischen Funktionen stocken auch bei dieser Form in den verschiedensten Graden. Aber die von der Angst selbst hervorgerufenen Vorstellungen und Bewegungen bleiben von der allgemeinen Assoziations-

hemmung verschont (Ziehen). Bei den einfacheren Fällen der ängstlichen Melancholie trippeln die Kinder umher ängstlich vor sich hinjammernd; zittern am ganzen Leibe; zupfen an dem Kleidern; melken an den Fingerbeeren. Die Angst läßt die Kinder weder zum Spielen noch zur heiteren Stimmung kommen. In anderen Fällen schreien die Kinder vor Angst laut auf; zerreißen und zerbrechen alles, was die Hände erfassen können; zum Sitzen sind sie meist nicht zu bewegen, Von einem Erledigen der Schulaufgaben dürfte hier kaum wohl die Rede sein, da diese Kinder für die Zeit der Krankheitsdauer lernunfähig sind und daher auch vom Unterricht ferngehalten werden. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen beängstigender Natur werden bei dieser Form oft beobachtet. Auch ist Pavor nocturnus hier keine Seltenheit. Bisweilen kann die Angst mit einer starken und längere Zeit anhaltenden Bewußtseinstrübung einhergehen. In solchen Zeiten werden die Kinder nicht selten zu allerlei gewalttätigen Impulsen hingerissen (Raptus melancholius). Selbst- und Sachbeschädigungen, Davonlaufen, Brandstiftungen und dergl. können die Kinder in dieser Krankheitsperiode vollführen. Die Nahrungsaufnahme ist bei diesen Kindern mangelhaft und ängstlich. Der Schlaf ist sehr schlecht. Der Puls ist frequent und klein. Stuhl und Urin werden meist unter sich gelassen. Die Hände sind oft livide verfärbt, feucht und kalt. Auf Nadelstiche reagieren diese Kinder schwach.

Bei der stuporösen Form der Melancholie (Melancholia attonita, Mel. cum stupore, Mel. mit Stumpfsinn) ist die Hemmung der motorischen Funktionen das Vorherrschendste. Bei den leichteren Fällen dieser Krankheitsform, auch melancholia passiva genannt erfolgen die willkürlichen Bewegungen sehr mühsam und kraftlos: Das Kind liegt viel im Bett; das Aufstehen fällt ihm sichtlich schwer. Die sprachlichen Aeußerungen werden langsam und bisweilen sehr spärlich hervorgebracht. Der Gesichtsausdruck ist dabei ängstlich und ratlos. Bei den schwereren Fällen dieser Form befinden sich die motorischen Funktionen in einer mehr oder weniger starken

Spannung. Das Kind sitzt oder liegt regungslos da; den passiven Bewegungen setzt es bisweilen einen hartnäckigen, ängstlichen Widerstand entgegen; mitunter aber besteht Flexibilitas cerea. Auf äußere Reize reagieren die Kinder überhaupt nicht, sie sind interesselos. Der Vorstellungsablauf ist träge oder scheint bisweilen ganz still zu stehen. Die Stimmung ist niedergeschlagen. Die Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit ist während des stuporartigen Zustandes sehr getrübt. Es ist von dem Kinde in diesem Zustande wenig oder gar nichts zu erfahren — es ist verschlossen, schweigsam. Auf eindringliches Befragen gibt es entweder keine oder nur spärliche, ängstliche, verworrene Antworten. Sinnestäuschungen können bisweilen vorkommen (Fall von Kelp, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 31, S. 96.). Die Nahrungsaufnahme ist meist infolge der allgemeinen Hemmung unmöglich. Das Körpergewicht ist meist herabgesetzt. Der Puls ist meist verlangsamt. Die Temperatur ist subnormal. Die Haut ist kühl, meist livide verfärbt.

In den meisten Fällen dieser Krankheitsformen beobachtet man Remissionen und Exacerbationen. Der Uebergang in Heilung ist meist ein allmähliger: Die Traurigkeit oder die Angst, die sensorielle und die motorische Insuffizienz flauen ab; der normale Schlaf kehrt wieder zurück; die Nahrungsaufnahme wird gut und das Körpergewicht steigt. Bisweilen erfolgt der Uebergang in Heilung plötzlich. Die Krankheit dauert einige Wochen bis mehrere Monate. Der gewöhnliche Ausgang der Melancholie im Kindesalter ist fast immer Heilung. Leider aber sind in den späteren Lebensjahren Rezidive beobachtet worden. Außer Heilung kann die Melancholie — in seltenen Fällen — chronisch werden. Der Ausgang in Tod erfolgt meist durch Selbstmord, selten durch Erschöpfung.

Differenzialdiagnostisch kommen in Betracht:

Katatonie. Die traurigen oder die ängstlichen Gemütserscheinungen und die stuporösen Zustände der Katatonie können bisweilen die Diagnose mit der Melancholie verwechseln. Die mit heiterer Verstimmung abwechselnde Traurigkeit

und Angst, das Unsinnige in Sprache, Haltung und Benehmen, die Stumpfheit und die Neigung zu Absurditäten, das auffallend apathische Verhalten gegenüber den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen bei gleichzeitig gutem Erhaltensein der Aufmerksamkeit und das Einnässen (Ziehen) in geordneten Zeiten sprechen für Katatonie. Die dauernde innere Traurigkeit und die ängstliche Verstimmung, das affektbetonte Wesen, das Fehlen eines Intelligenzdefektes in Sprache, Haltung und Benehmen, das Einnässen nur während der größten Angst- oder Hemmungszustände spricht für Melancholie.

Amentia. S. Differenzialdiagnose bei der Amentia.

Zirkuläres, resp. periodisches Irresein. S. Differenzialdiagnose bei der Manie.

Hysterie und Epilepsie. Die Unterscheidung der melancholischen Zustände auf dem Boden einer Hysterie oder Epilepsie von einer echten Melancholie wird bei genauer Kenntnis der Anamnese nicht schwer sein. Das Auftreten von Krampfanfällen und Dämmerzuständen dürften die Entscheidung fällen.

Juvenile Paralyse. Das depressive Stadium der Paralyse welches mit den Kardinalsymptomen der Melancholie wie traurige Verstimmung, Angst, Denkhemmung und motorische Hemmung anhergehen kann, kann Veranlassung zu einer Verwechslung mit der Melancholie geben. Der Nachweis eines Intelligenzdefektes, körperlicher Lähmungserscheinungen wie Sprachstörungen, Pupillenstarre und Fehlen der Sehnenreflexe des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion, einer starken Vermehrung der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit und der Zunahme des Gehaltes der Flüssigkeit an Serumalbumin wird die Diagnose Melancholie ausschließen.

Aetiologie. Für die Pathogenese der Melancholie im Kindesalter sind folgende ätiologische Momente hervorzuheben: Die meisten Fälle sind auf erbliche Belastung zurückzuführen, auffallend häufig ist dabei die gleichartige Vererbung. Von weiteren auslösenden Ursachen sind zu erwähnen: Schreck,

Angst um die Angehörigen, Furcht vor Strafe, Operationen, Heimweh, selten Infektionskrankeiten und Chorea. Nach Ziehen soll die Zahl der an Melancholie erkrankten Kinder gegen die Pubertät hin langsam zunehmen.

Katatonie.

Zustände des Krankheitsbildes, welches wir heute Katatonie nennen, lassen sich bis auf Pinel zurückverfolgen. Pinel stellte 1809 sein vierteiliges System auf, und zwar unterschied er: Manie ou délire generale, melancholie ou délire exclusif, demence ou abolition de la pensée, idiotisme ou obliteration des facultées, die sich gegenseitig ablösen, ineinander übergehen und sich miteinander verbinden können.

Nach Pinel sind folgende Forscher zu erwähnen, die mit beitrugen den Begriff Katatonie zu schaffen: Esquirol, Guislain Zeller, Georget, Baillarger, Heinroth, Griesinger, Kieser, Reil, Kelp, Dagonet.

Schüle teilte dann 1867 in seiner Dysphrenia neuralgica einen Krankheitsfall einer „cerebrospinalen Verrücktheit" mit, in dem er auf gewisse motorische Störungssymptome aufmerksam machte.

Rud. Arndt gibt 1868 an der Hand von 6 Krankheitsfällen eine detaillierte Beschreibung der Stereotypien und Manieren, der verbigerierenden und echolalischen Sprachstörungen, der bizarren, unsinnigen Schriftstücke und macht gleichzeitig den Versuch, diese Symptome einer besonderen Krankheit zuzuschreiben.

Kahlbaum gebührt jedoch der Ruhm, der eigentliche Begründer dieser Krankheit zu sein. Derselbe machte uns diesbezüglich 1868 die erste Mitteilung und gab 1874 eine Monographie heraus, in welcher er unter dem Namen „Span-

nungsirresein oder vesania Katatonica (Katatonia)" ein Krankheitsbild schilderte, das „als eine Gehirnkrankheit mit zyklisch wechselndem Verlaufe, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stuporeszenz, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgängen in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen."

Nach Kahlbaum hat sich Kräpelin der weiteren Erforschung dieser Psychose angenommen. Nach Kräpelins Definition wäre die Katatonie als eine Krankheitserscheinung anzusehen, die schließlich in Verblödung übergeht, und reiht sie als besondere Verlaufsform in die von ihm neugeschaffene Krankheitsgruppe der Dementia praecox ein.

Da jedoch die Krankheit durchaus nicht immer in Demenz übergeht und andererseits eine Abgrenzung der einzelnen Krankheitsgruppen der Dementia praecox überhaupt nicht möglich ist, so übten auch verschiedene Autoren bis auf den heutigen Tag an dieser Lehre Kräpelins Kritik. Es dürfte daher auch wohl vorläufig noch an der Bezeichnung Katotonie festzuhalten sein.

Die ersten Andeutungen, daß die Katatonie auch im Kindesalter vorkomme, rühren von Kahlbaum her, und zwar soll diese Krankheit nach ihm nur in den letzten Jahren der Kindheit vorkommen. Bald darauf wurde die Katatonie bei Kindern von 12—14 Jahren von Kräpelin, E. Meyer, Raecke und anderen Autoren wiederholt beobachtet und beschrieben. Ziehen konnte die Entwickelung der Katatonie sogar bis ins 7. Lebensjahr zurück verfolgen.

Unter Katatonie des Kindesalters verstehen wir heute — ähnlich wie bei Erwachsenen — ein Krankheitsbild, das sich durch Stupor, Erregung und die sogenannten katatonischen Symptome wie negativistische Willensrichtung, gesteigerte Be-

einflußbarkeit, Stereotypie und Anomalien in den sprachlichen und schriftlichen Aeußerungen charakterisiert.

Das zuerst ins Auge fallende ist die Bewegungs- und Regungslosigkeit des Kindes auf psychischem wie motorischem Gebiete — der Stupor. Nach Hoche ist der Stupor, gekennzeichnet durch das stumme und regungslose Verhalten, höchstwahrscheinlich eine selbständige Veränderung der psychomotorischen Innervationsverhältnisse, von deren Wesen wir nichts wissen. Die Muskulatur befindet sich in einer mehr oder weniger hochgradigen Spannung: Das Kind sitzt im Bett aufrecht mit völlig unbewegtem Gesicht und ist völlig teilnahmslos gegen alles, was um ihm herum vorgeht; es bringt die Beine halb aus dem Bett, als ob es aufstehen wollte, verharrt dann, ohne die intendierte Bewegung zu Ende zu führen, eine zeitlang in dieser unbequemen Stellung; es befolgt bisweilen mit den Augen, ohne den Kopf zu bewegen, den Vorgängen in seiner Umgebung, z. B. wenn der Arzt kommt oder fortgeht. Mitunter kann solch ein Kind ganz bewegungslos daliegen, indem es seine Lage stundenlang nicht ändert; auf Anrufe reagiert es nicht einmal mit Kopfwendung; der Gesichtsausdruck ist dabei mimiklos; auf die Füße gestellt, bleibt es eine Zeitlang stehen, fällt dann schließlich hin und bleibt unbeweglich liegen; manchmal sind außer Atmung keine Funktionen wahrnehmbar. Diese Spannung setzt meist der äußeren Beeinflussung heftigen Widerstand entgegen (Negativismus): Beim Versuch, dem Kinde Wasser zu geben, beißt es die Zähne fest zusammen, öffnet nur die Lippen, schließlich trinkt es einige Schluck; bei der körperlichen Untersuchung wird die Muskulatur straff angespannt, und der Gesichtsausdruck ist dabei ängstlich und ratlos. Die Nahrungsaufnahme erfolgt durch Füttern, oder die Kinder beißen die Zähne fest zusammen, so dass die Nahrung mit der Sonde eingeführt werden muß. Die kleinen Katatoniker sprechen mitunter wochen- und monatelang kein Wort. Dieser Mutacismus ist aber in den meisten Fällen nur mehr oder weniger stark angedeutet.

Das Gegenteil vom Negativismus ist die gesteigerte Beein-

flußbarkeit der Kinder in Haltung, Wort und Handlung durch fremden Willen. Man kann bei den katatonischen Kindern eine gewollte Haltung — jedoch nicht immer — durch geeignete Suggestion hervorbringen. Ebenso kann man auf diese Weise vorgemachte Gesten oder vorgesprochene Worte hervorbringen (Echopraxie und Echolalie).

Aufallend sind auch die sprachlichen Anomalien: Bisweilen repetieren die Kleinen stundenlang uns unverständliche Worte oder Sätze (Verbigeration); bisweilen geben die Kinder auf eine Frage immer eine verkehrte Antwort, sie reden sozusagen an der Frage vorbei (Vorbeireden (Ganser)); oft werden in fließender Rede verständliche mit ganz sinnlosen Sätzen vermischt (Sprachverwirrtheit).

Diesen Sprachanomalien kommen auch entsprechende Störungen in den eventuell geleisteten Schriftstücken vor. Der Sinn des Schriftstücks ist meist zusammenhangslos, ja mitunter ganz sinnlos, oft wird es mit den verschiedensten Zeichen und Figuren dekoriert.

Dem fast stummen und regungslosen Verhalten können ganz unerwartet widernatürliche impulsive Handlungen entgegentreten. Diesen Handlungen fehlt die normale Motivierung und der innere Zusammenhang; der richtige Konnex zwischen Gedankenbildung und der Ausführung der Handlungen ist unterbrochen; sie beruhen nach Ziehen auf einer vorübergehenden psychomotorischen Ueberwertigkeit. Das Kind, welches sich tagelang zu ruhig verhielt, führt plötzlich sinnlose, bizarre Handlungen in stereotyper Wiederholung aus: Es spuckt dauernd auf den Fußboden, grimmassiert, zieht andauernd die Kleider aus und an, stülpt die Lippen rüsselförmig vor; es rennt von einem Fenster zum anderen; geht im Garten andauernd in stereotypem Marsche um den Rasenplatz herum; wiegt sich rhytmisch hin und her; schlägt unmotiviert eine Scheibe aus. Mitunter können die Kinder sehr erregt werden: Sie schlagen und wälzen sich, schnaufen um sich; lassen sich nicht untersuchen; führen bisweilen in einem stummen Bewegungsdrang Handlungen aus, die für den eigenen Körper

sogar sehr gefährlich werden können, so z. B. schlagen sie mit dem Kopf gegen die Wand, gegen die Tischkante, stürzen sich auf den Fußboden.

Die Krankheit wird in der Mehrzahl der Fälle von einem mehrere Wochen dauerndem Vorstadium eingeleitet: Die Kinder werden ruhiger; stehen viel herum; spielen nicht mehr; haben keine Lust zum Lernen; verlieren Schlaf und Appetit. Mitunter gibt sich das Prodromalstadium durch ängstliche Erregung mit Halluzinationen und Wahnideen kund: Die Kinder sehen fremde Leute zum Fenster hineinschauen; hören fremde Stimmen; sie sagen, daß man sie vergiften will, oder man will ihnen den Kopf abschneiden.

Diesem Vorstadium folgen dann die für die Katatonie charakteristischen Symptome in mannigfachster Form. Die verschiedenartigsten Hemmungen und Spannungen im Gebahren und in der Sprache treten auf, die mit den Zuständen der Katalepsie abwechseln können. Bisweilen wird die Gebundenheit von verschiedenen Impulsen durchbrochen: Es zieht eine leichtere oder schwerere Erregung in dem bis vor Kurzem noch stummen und unbeweglichen Kinde ein. Bisweilen sehen wir eine ängstliche und weinerliche Depression auftreten, die sich auch zeitweise mit einer leichten, heiteren Verstimmung abwechseln kann. Bei anderen Kindern können mehr Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen im Vordergrunde stehen, die in affektloser und zerfahrener Weise geäußert werden. Bisweilen macht sich ein sinnloser Widerstand gegen äußere Einwirkung bemerkbar, oder manchmal sehen wir gerade das Gegenteil — das Kind wird leicht suggestibel. Mitunter treten die Stereotypien mehr oder weniger scharf hervor. Bisweilen treffen wir das Kind längere Zeit ganz geordnet an, sodaß man wähnt, dasselbe schon als ganz gesund betrachten zu können, bis dann unerwartet eines Tages die Symptome der Katatonie wieder in der früheren Intensität ausbrechen. Bei manchen Kindern verschwinden die katatonischen Symptome nach und nach, um — im günstigsten Falle — nicht wieder aufzutreten.

Auffallend ist, daß das Bewußtsein sogar auf der Höhe der Krankeit — ausgenommen die Zeit, in welcher die Wahrnehmung durch Erregung oder Halluzinationen gestört war — nicht vollständig gestört ist. Man findet, daß die Kinder, nachdem sie Wochen — oder monatelang von einem stuporösen Stadium ergriffen waren, noch ziemlich gut orientiert sind von dem, was während der anscheinenden Benommenheit um sie vorgegangen war: Sie erkennen den Arzt und haben sich die Namen vom Pflegepersonal und Mitpatienten gemerkt. In dem Fall von Raecke (Arch. f. Psych. Bd. 45. S. 254) hat der Knabe volle Erinnerung daran, daß er mit der Schlundsonde ernährt wurde; er entsann sich auch, daß er die Zähne habe zubeißen müssen; er konnte jedoch einen Grund des hartnäckigen Strebens nicht angeben. Andere unlängst schwer kranke Kinder schreiben plötzlich einen Brief an die Angehörigen, mit richtigem Datum und Abgangsort versehen, in dem sie bitten, aus der Nervenklinik abgeholt zu werden oder daß man ihnen Kleider bringe.

Fast ausnahmslos wird die Krankheit von verschiedenen körperlichen Erscheinungen begleitet. In neuropathischer Hinsicht findet man häufig: Steigerung der Sehnenreflexe, vasomotorische Reflexe, erhöhte mechanische Nervenerregbarkeit wie Facialisphaenomen, Sekretionsanomalien wie Speichelfluß, vereinzelte Krampfanfälle, meist Analgesie, abnorme Weite der Pupillen und Pupillendifferenzen. Nach A. Westphal wird in seltenen Fällen von schwerem katatonischen Stupor eine katatonische Pupillenstarre beobachtet, die mit Mydriasis oder Miosis oder aber auch mit tropfen-, strichförmigen oder ovalen Pupillenformen einhergeht. Meist sind die Pupillenreflexe bei Lichteinfall vorhanden. Der Puls ist Schwankungen unterworfen (42 - 90), meist regelmäßig, oft schwach. Die Temperatur ist oft abnorm niedrig. In Bezug der Nahrungsaufnahme sind Nahrungsverweigerung, Freßgier oder sonstige Eigentümlichkeiten konstatierbar. Dementsprechend ist auch das Körpergewicht auffälligen Schwankungen unterworfen. Tritt eine abnorme Eßlust ein, so wächst das Körpergewicht stark an.

Oft beruht eine Abmagerung auf Komplikation mit Tuberkulose.

Die Stimmung der katatonischen Kinder ist durch die Gleichgültigkeit auffallend, mit der die äußeren Eindrücke aufgenommen werden. Im Ganzen und Großen ist in der Mehrzahl der Fälle eine mehr gehobene als traurige Stimmung zu konstatieren. Im Benehmen, Haltung und Sprache zeigen die Kinder meist etwas Wächsernes, Stereotypes, Zwangsartiges.

Der Ausgang der Katatonie ist nach Anton, Kahlbaum, E. Meyer, Raecke, Schüle und anderen Autoren nicht ganz ungünstig. Die praktische Wiederherstellung der Kinder gelang Raecke in $^1/_3$ der Fälle. Nach Kräpelin dagegen wäre der Ausgang ein mehr oder weniger erheblicher Grad von geistiger Schwäche die Regel. Ein geringer Teil der kleinen Katatoniker geht an Tuberkulose oder ,an den Folgen von Selbstbeschädigungen zu Grunde.

In Differenzialdiagnostischer Beziehung kommen in Betracht:

Die Imbezillität. Da sich der Imbezillität katatonische Symptome hinzugesellen können, so ist auch eine Verwechslung der Imbezillität mit der Katatonie nicht ausgeschlossen. Anamnestische Erhebungen und eine systematische Untersuchung des Seelenlebens des betreffenden Kindes dürften die Diagnose Katatonie ausschließen.

Amentia. S. Differenzialdiagnose bei der Amentia.

Manie. S. Differenzialdiagnose bei der Manie.

Melancholie. S. Differenzialdiagnose bei der Melancholie.

Epilepsie und Hysterie. Anamnestische Erhebungen dürften eine Verwechslung dieser Neurosen mit der Katatonie ausschließen.

Juvenile Paralyse. Da katatonische Symptome auch im Verlaufe der Paralyse vorkommen, so ist auch eine Verwechslung der Paralyse mit der Katatonie bisweilen möglich. Der Nachweis der organisch nervösen Symptome, die Blut- und Cerebrospinalflüssigkeit-Untersuchung wird die Diagnose

Paralyse sichern. S. auch Differenzialdiagnose bei der Manie.

Aetiologie. In den meisten Fällen ist erbliche Belastung nachzuweisen. Höchstwahrscheinlich spielen auch Syphilis und Alkoholismus der Eltern hier eine Rolle. Infektionskrankheiten sollen als auslösendes Moment nicht in Betracht kommen.

Amentia.

Diese Krankheit wurde zuerst von Esquirol 1838 erwähnt. Derselbe beschrieb unter den Sammelnamen „demence“ auch Fälle von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit Nach Esquirol machten sich mit der Erforschung dieser Psychose verdient: Westphal, der von „akuter halluzinatorischer Paranoia“ sprach mit der Motivierung, daß fließende Uebergänge zwischen dieser und der chronischen halluzinatorischen Paranoia vorkommen; Fürstner, der die erste zusammenfassende Beschreibung dieser Psychose gab, sprach von „akutem halluzinatorischem Irresein; Wernicke sprach von „Halluzinose“; Wille und Fritsch sprachen von „akuter halluzinatorischer Verwirrtheit oder Verworrenheit“; Meynert führte den Namen „Amentia“ ein.

In psychiatrischen Arbeiten über Kinderpsychosen finden wir zuerst bei Romberg (1851), Albers (1852), Erlenmeyer und Brierre du Boismont (1863), Buckmill, Tuke (1864), Steiner (1868), Renaudin (1870), Möller (1877), Meschede, Zit, Köhler (1878) Fälle von Psychosen im Kindesalter, die nach Emminghaus zur akuten halluzinatorischen Paranoia zu rechnen sind. Außerdem haben sich mit der Erforschung dieser Psychose im Kindesalter verdient gemacht: Berkhan, der 1863 von „Halluzinationenwahn“ bei Kindern sprach; W. Sander und Steiner sprachen 1869 von „Wahnsinn“ bei Kindern.

Das Krankheitsbild der Amentia bei Kindern ist — ähnlich wie bei Erwachsenen — charakterisiert durch die während des ganzen Krankheitsverlaufs anhaltenden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Zu denselben können sich Störungen des Vorstellungsablaufs und der motorischen Sphäre hinzugesellen.

Die Sinnestäuschungen, hauptsächlich Halluzinationen und Illusionen sind bei der Amentia außerordentlich reichen und wechselnden Inhalts: Das Kind sieht Schlangen und Totenköpfe; Ratten und Mäuse springen umher; es hört die Dampfpfeife; „alles stinkt nach Kot"; „das Bett wird bewegt und schwankt"; das Essen schmeckt nach Gift; das Wasser ist Bitterwasser oder Tinte; das Herz brennt; es sitzt in der Teufelsstadt, im Schiffsklosett.

Die Wahnvorstellungen, der Beeinträchtigung, des Verfolgtseins u s. w., können ebenso abwechslungsreich sein. Dieselben sind meist von den Sinnestäuschungen abhängig, können aber auch völlig unabhängig von denselben auftreten. Das Kind sagt, bei Vorzeigung von eßbaren Dingen, daß der Vater des Hungertodes starb; der Vater hat ein Kind getötet; es soll jetzt geköpft werden; man will die Eltern töten; eben schneidet man der Mutter den Kopf ab. Ein 5 jähriges Mädchen (Fall v. Meschede) beklagt sich über ihre 3jährige Schwester, daß dieselbe sie beschimpfe, schlecht auf sie rede, mit einem Stück Holz nach ihr geworfen habe und ihr letzteres in die Nase gesteckt, außerdem sie mit der Peitsche geschlagen habe.

Die Störungen des Vorstellungsablaufs bestehen erstens in einer Verlangsamung desselben. Das Aufmerken und die Auffassungsfähigkeit der Kinder ist herabgesetzt, bisweilen scheinen dieselben ganz zu fehlen Die Kinder beantworten kaum Fragen; spontan sprechen sie wenig, oder sie wollen irgend etwas sagen, beginnen damit auch, aber plötzlich stockt es, sie bleiben auf dem halben Wege stehen; bisweilen besteht Mutismus; mitunter sind sie ganz ratlos, oder sie sind von solch einer Angst ergriffen, daß sie die Umgebung nicht zu erkennen scheinen. Dann besteht die Störung des Vorstellungsablaufs in einer Erleichterung und in einer Be-

schleunigung der Reproduktion desselben. Die Vorstellungen folgen sich viel rascher als beim normalen Kinde; eine Vorstellungsreihe ist noch nicht abgelaufen und schon folgt die Andere. Auf das Sprachgebiet übertragen kommt es zum ideenflüchtigen Geplauder. Die Kinder verlieren oft in ihrem Redestrom den Faden, oder ihre Mitteilungen gehören oft nicht zur Sache. Bisweilen ist der Ablauf der Vorstellungen so sehr beschleunigt, daß ein Zusammenhang der Vorstellungsreihen überhaupt nicht mehr möglich ist. Es entstehen nur abgerissene Fragmente der Vorstellungsreihen. Der Gedankengang ist verworren, dissoziiert. Die Kinder kommen in ihrem Gedankengang von einem Zusammenhang auf den anderen. Die Orientierung ist stets auf ein Minimum herabgesunken. Die einfachsten Fragen wie nach Ort, Datum u. dgl. werden falsch beantwortet Die Vorgänge der Außenwelt werden wahrgenommen, aber die Identifizierung mit den früheren Erinnerungsbildern fehlt meist. An vorgezeigte Gegenstände knüpfen sich andere Beziehungen, sie überspringen verschiedene Gedankenverbindungen. Sie sehen die Gegenstände, erkennen sie auch, aber das Benennen kommt nicht zustande. Mitunter werden ganz sinnlose Worte gebildet, wie „Pfotenschwatz“. Die Störungen des Vorstellungsablaufs werden stets von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen begleitet. Diese Störungen sind in den meisten Fällen abhängig von den Sinnestäuschungen, können aber ganz unabhängig von denselben die Krankheit dauernd begleiten.

Folgendes Stenogramm zeigt deutlich die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs eines an Amentia erkrankten Knaben:

„Der Kleine pfeift: „Ich hatt' einen Kameraden“. Sagt „guten Abend“ als der Wärter eintritt. Nein, das darfst du nicht. Ihr dürft mich nicht totmachen. 50 Jahre bin ich, ich kann auch älter sein. Wir kommen nach Berlin in's Rathaus, Ich bleibe hier, geh' nicht wieder nach Hause, bin freiwillig hergekommen (macht Bewegungen mit dem rechten Arm). Weil du so schlecht bist. Mein Vater ist Zugführer — (weint). Ich nehmen einen Revolver, wo 20 Kugeln reingehen. Frankreich, Oesterreich, Rußland ist alles eins. Dem wird der Kopf abgemacht und den dort — (zeigt nach den einzelnen Patienten). Siegfried

war auch hier. Nein, nein, lieber Kamerad! Ich bin doch gut; wenn ich aber schlecht werde, da geht die Hand ab. Dort kommt mein Vater. Nein, nein, den wird der Kopf runtergeholt. Ich kann Klavier spielen, ich hab' es gelernt — (trällert ein Lied). Und da waren wir in R. . ., da hat mich K. . . . vom Baum runtergeholt. Macht mich doch nicht schlecht. Ich bin ja gut. Ich war schon beim Kaiser und hab' mit ihn gesprochen. Das ist der H . . ., der war auch mit. Macht mir doch nichts weis. Hier, das kann ich anzeigen: da haben sie mich gestochen. Ich kaufe mich ein Buch für 5 Mark, wo alles drin steht. Eure Rede sei: „Ja, ja, nein, nein und was darüber ist, das ist von Uebel. Mich vergiftest du nicht, Kamerad! Du bist den Kaiser sein Sohn. Bist du ruhig! Der Kaiser kommt heute hierher von der Roßbacherstraße, von Jüttland kommt er. Bist ruhig! Sag' kein Wort mehr! Ich kann nehmen, wen ich will. Ich bin kein so'n Räuber wie du. Das ist der Kaiser, das sein Sohn und das seine Schwester. Ich bin stark: ich haue alles zu Boden, daß mal wird's frei. Mich darft ihr nicht besoffen machen. Ich will Soldat werden. Biste ruhig! Haut den Lukas, daß die Lappen fliegen. Ich will auf's Gericht; ich geh' freiwillig hin. Du bist der H . . . Hund, ich schlage dich freiwillig tot! Die Kompagnie ist noch nicht getötet. David und Goliath! ich will Euch die biblische Geschichte vorlesen. Den haben se n'Kopf abgehauen, und da hat er Pechfackeln gemacht, und da ist ein Löwe gekommen. Ich kaufe mich ein Rad; ich habe 100,000 Markscheine; der kann auch mitgehen. In R . . . habe ich zwei Stöcke abgeschnitten. Mein Vater werden zwei Finger abgemacht. Der Kaiser kommt hierher mit 500 Generälen. Der hat ein Zettel, da steht drauf: „H . . . R . . . soll zum Tode verurteilt werden". Die Kugel geht nicht durch die Wand durch."

Die Störungen der motorischen Sphäre äußern sich ebenfalls in einer motorischen Steigerung oder Hemmung. Oft überwiegt die motorische Steigerung, die von den Sinnestäuschungen meist abhängig ist, können aber auch ganz unabhängig von denselben auftreten. Meist geht die motorische Steigerung mit der Beschleunigung des Vorstellungsablaufs dauernd einher. Das Kind wirft sich im Bett umher, gestikuliert, grimassiert; agitiert mit den Händen in der Luft; zerreißt das Bettzeug; beschmiert sich mit Kot und Urin; zerbricht und zerschlägt, was es in die Hände bekommen kann; wirft mit Kot; spritzt den Kakao an die Wand; mißhandelt in einem unbeobachteten Moment seine Mitpatienten. Bisweilen ver-

kriecht es sich ängstlich im Wahne verfolgt zu sein, oder es unternimmt einen Selbstmord. Ein anderes Mal überwiegt die motorische Hemmung, die ebenfalls abhängig von den hier meist schreckhaften Sinnestäuschungen sein können oder sie sind völlig unabhängig während der ganzen Krankheit. Die motorische Hemmung geht meist auch mit einer Hemmung des Vorstellungsablaufs einher. Das Kind sitzt oder liegt bisweilen regungs- und bewegungslos; es nimmt mitunter für längere Zeit eigentümliche oder unbequeme Stellungen ein; die Aufforderung, die Hand zu geben, wird verstanden, zögernd beginnt das Kind dieselbe zu geben, führt aber die Bewegung nicht zu Ende; passiv gegebene Stellungen werden bisweilen längere Zeit beibehalten; bisweilen erfolgt bei passiven Bewegungen ein mehr oder weniger heftiger Widerstand; mitunter werden, beim Versuch dem Kinde Nahrung zu geben, die Zähne heftig aneinandergebissen; oft werden auf wiederholte eindringliche Fragen so leise Antworten gegeben, daß dieselben nicht zu verstehen sind; bisweilen erhält man weder eine Antwort, noch spricht das Kind spontan. Diese Stuporzustände können sich bei einem und demselben Kinde mit den vorhin beschriebenen Erregungszuständen abwechseln.

Nach dem Gesagten könnte man eine typische, eine erregte und eine stuporöse Form der Amentia unterscheiden.

Die Krankheit beginnt meist ganz plötzlich, bisweilen aber geht dem eigentlichen Stadium ein Prodromalstadium voraus: Die Kinder klagen über Kopfschmerzen, schlafen schlecht, zeigen eine mürrische und reizbare oder ängstliche Stimmung. Das eigentliche Hauptstadium setzt dann meist ganz plötzlich ein.

Bei der typischen Form beherrschen die Sinnestäuschungen das Krankheitsbild. Den Sinnestäuschungen schließen sich die hier nie fehlenden und von denselben regelmäßig abhängigen Wahnvorstellungen an. Weiter können, entsprechend den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, die verschiedenartigsten Störungen der psychischen und motorischen Sphäre auftreten. So beachtet man bisweilen eine Beschleunigung der psychischen Prozesse, die immer mit einer mehr oder

weniger starken Steigerung der motorischen Prozesse einhergeht. Das Kind ist mehr oder weniger erregt, ideenflüchtig oder inkohärent. Bald darauf kann man eine mehr oder weniger starke Hemmung der psychischen und motorischen Prozesse beobachten. Das Kind ist dann entweder unbeweglich oder nimmt bizarre und unbequeme Stellungen ein, spricht kaum oder antwortet nicht auf gestellte Fragen; ein anderes Mal kann es sehr ängstlich sein.

Bei der erregten Form sind die motorische Steigerung und die dominierenden beschleunigten Denkprozesse oft unabhängig von den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Die motorische Unruhe der Kinder ist bei dieser Form vorherrschend, die hier regelmäßig von einer ideenflüchtigen oder gar inkohärenten Sprache begleitet wird. Nicht selten gesellt sich eine heitere Verstimmung hinzu. Diese Kinder schwatzen, schreien, lachen, schimpfen; bisweilen zerstören sie Gegenstände, werden aggressiv oder versuchen sich selber Schaden zuzufügen.

Bei der stuporösen Form sind neben den Sinnestäuschungen und von denselben meist abhängenden Wahnvorstellungen primäre dominierende Hemmungen des Vorstellungsablaufs mit entsprechenden motorischen Hemmungen konstatierbar. Regelmäßig ist bei dieser Form eine traurige oder ängstliche Verstimmung vorhanden. Diese Kinder nehmen bisweilen katatonische Stellungen ein; passiven Bewegungen wird oft Widerstand geleistet, oder es besteht eine wächserne Biegsamkeit oder Stereotypie; bisweilen besteht tagelang hier ein mehr oder weniger ausgesprochener Mutismus; mitunter werden die Hemmungen von impulsiven Handlungen durchbrochen. Diese stuporöse Form kann sich bisweilen mit der erregten abwechseln.

In sämtlichen Formen der Amentia sind noch folgende Begleiterscheinungen zu konstatieren. Der Schlaf der Kinder ist meist gestört, ja, bei vielen Kindern stellt sich gerade nachts die größte Unruhe ein. Die Ernährung leidet meist beträchtlich. Die mangelhafte Ernährung gibt sich bald in

Anämie und Herzschwäche kund. Das Körpergewicht nimmt meist erheblich ab. Ein Steigen des Körperwichts im Höhestadium der Krankheit bedeutet, daß in den psychischen Symptomen eine Wandlung zum Besseren in Kürze eintritt. Oft sind Pulsfrequenz, leichte Temperatursteigerungen, trockene Haut, Fötor ex ore nachweisbar. Die Temperatursteigerung bei stark agitierenden und inkohärenten Kindern soll ein prognostisch sehr ungünstiges Zeichen sein. Die Sensibilität verhält sich sehr verschieden: bald ist die Empfindlichkeit gesteigert, bald herrscht Analgesie, sodaß Nadelstiche auf die Zunge und andere empfindliche Organe nicht empfunden werden, oft sind Druckpunkte vorhanden.

Nachdem nun das Höhestadium der Krankheit sich etwa einige Wochen bis Monate hingezogen hat, tritt ganz allmählig die Genesung ein. Die Sprache beginnt zusammenhängender zu werden; die erregten Erscheinungen einerseits und das stuporöse Verhalten andererseits lassen nach; der Schlaf wird anhaltender; das Körpergewicht beginnt zu steigen Tritt eine Besserung plötzlich ein, so ist sie meist trügerisch, denn bald stellt sich ein Rezidiv ein. Die meisten Fälle von Amentia im Kindesalter gehen in Heilung über.

Außer Genesung kann die Amentia chronisch werden oder sie geht in sekundäre Demenz über. Der tödliche Ausgang ist durch langdauernde somatische Krankheiten wie Infektionskrankheiten, Herzschwäche u. s. w., durch Komplikationen mit Chorea und Selbstmord bedingt.

In differentialdiagnostischer Beziehung kommen in Betracht:

Die chronische halluzinatorische Verwirrtheit. Der schleichende Entwicklungsgang der Sinnestäuschungen und Wahnideen ist für die chronische halluzinatorische Verwirrtheit entscheidend. Die ersten kaum merkbaren Symptome sind hier gewöhnlich zeitlich nicht festzustellen, sie verlieren sich in die normale Vergangenheit.

Die Manie. Charakteristisch für Manie ist vor allen Dingen der anhaltend heitere Affektzustand, während die Affekte bei der Amentia sich mehr oder weniger abwechseln können.

Etwaige Sinnestäuschungen sind bei der Manie nur auf der Höhe der Krankheit vorhanden, sie verschwinden aber sofort mit dem Nachlaß der heiteren Verstimmung. Bei der Amentia sind die Sinnestäuschungen dominierend und in manchen Fällen sind sie noch lange nach dem Abklingen des Höhestadiums vorhanden. Jedoch gibt es zwischen diesen beiden Psychosen fliessende Uebergangsformen, die schwer zu unterscheiden sind.

Die Melancholie. Das charakteristische für die ganze Krankheitsdauer der Melancholie ist die schmerzliche Verstimmung. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen treten nur vereinzelt und meist in den Zeiten der größten Angst auf, sie stehen mit der Depression im innigen Konnex. Bei der Amentia beherrschen die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen das Krankheitsbild, dann können außer der depressiven Stimmung auch zeitweise heitere Momente auftreten.

Die Begleitdelirien (Ziehen). Die Begleitdelirien sind nur ein Symptom der noch im Körper wirkenden Schädlichkeit wie Gifte, Mikroorganismen u. dergl. Das stärkere oder schwächere Anschwellen der Begleitdelirien ist von den Intensitätsschwankungen dieser Schädlichkeiten abhängig. Während die Amentia mehr gesetzmäßig — eventl. Vorstadium, rasch ansteigendes Höhestadium und Lysis — verläuft.

Epilepsie und Hysterie. Eine Verwechsluug der Hysterie oder Epilepsie mit der Amentia ist durch anamnestische Erhebungen zu vermeiden.

Aetiologie. Hereditäre Belastung ist bei den an Amentia erkrankten Kindern in etwa zweidrittel der Fälle nachweißbar. Als greifbare aetiologische Momente, die beim Zustandekommen der Amentia eine große Rolle spielen, sind zu erwähnen: Die fieberhaften Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Influenza, Typhus, Gelenkrheumatismus u. s. w.; die Vergiftungen mit Alkohol, Morphium, Blei, Tabak; die Autointoxikationen wie Urämie; die Erschöpfungen, die durch Unterernährung, Blutverluste, körperliche Ueberanstrengung,

langdauernde Schmerzen, Krankheiten, heftige Gemütsbewegung u. s. w. entstehen.

Die Therapie der akuten Psychosen im Kindesalter.

In Bezug der Behandlung des an einer akuten Psychose erkrankten Kindes ist vor allen Dingen die Entscheidung zu treffen, ob dasselbe in der Häuslichkeit behandelt werden kann oder ob die Anstaltsbehandlung indiziert ist. In der Häuslichkeit sollen nur die leichteren Fälle und eventl. solche, die sich noch im Vorstadium befinden, behandelt werden und auch nur dann, wenn geschulte Pflege Tag und Nacht zur Hand ist. Die ständige Ueberwachung dieser kranken Kinder ist dringend nötig nicht nur wegen Selbstbeschädigungen, sondern auch wegen gemeingefährlichen und impulsiven Handlungen.

Ist das Kind mit sachverständiger Ueberwachung versorgt oder in eine Anstalt untergebracht, so ist für Bettruhe zu sorgen. Die hier üblichsten Schlafmittel sind: Trional, Sulfonal, Veronal, Proponal, Paraldehyd u. a. Weiter kommen hydrotherapeutische Maßnahmen wie Dauerbäder eventuell mit kühlen Kopfkompressen, feuchte Packungen in Betracht, dieselben bekämpfen die Erregung und wirken günstig auf Essen und Schlaf.

Lassen die Schlafmittel, Bäder und Packungen im Stich, z. B. während tobsüchtiger Erregungszustände, so sind kleine Dosen von Scopolaminum hydrobr., oder Opium eventl. subcutan indiziert. Nach Opiumdarreichung ist zu jeder eiweißreichen Mahlzeit 1 Eßlöffel einer Salzsäurelösung (3 : 200) zu verabreichen, da Opium die Salzsäuresekretion des Magens herabsetzt (Ziehen).

Ganz besonders ist auch das Augenmerk auf die sorgfältige Ueberwachung der Ernährung und Regelung des Stuhl-

ganges zu richten. Bei Nahrungsverweigerung sind möglichst baldige Nährklistiere oder Sondenfütterungen anzuwenden, denen die eventl. Medikamente gleich hinzuzufügen sind.

Falls das Herz sehr geschwächt ist, sind Kochsalzinfusionen indiziert.

Die Tuberkulose ist bei Kindern, die sich im stuporösen Stadium einer Psychose befinden, zu verhüten durch herumführen in frischer Luft, mediko-mechanische Lungengymnastik, Massage, Faradisation und gute Ernährung.

Bei zunehmender Besserung der Kinder ist eine leichte, planmäßige, körperliche und geistige Beschäftigung durchzuführen.

Einiges über die pathologische Anatomie der akuten Psychosen.

Eine einheitliche Pathologie der akuten Psychosen existiert noch nicht.

Bei der Manie und Melanchologie fand man bisher außer Störungen der Blutzirkulation in der Hirnrinde und der Pia mater nichts Abnormes (Emminghaus, Mendel, Rindfleisch, Ripping, Ziehen u. a.).

Bei der Katatonie fand Ilberg neben vielen normalen Ganglienzellen auch atrophische und solche, die anfingen zu atrophieren. In der Umgebung der letzteren und der normalen Pyramidenzellen fiel der außerordentliche Reichtum der Trabantenzellen auf. Diese Trabantenzellen sollen nach Alzheimer diejenigen Zellen sein, die die umspinnenden Neuregliafasern produzieren und weiterhin die Funktionen der Ganglienzellen erschweren oder vernichten.

Bei der Amentia fand man in einigen Fällen gequollene und infolge eines Zerfalles der Tigroidkörper aufgequollene

Riesenzellen der Zentralwindungen des Gehirns. In anderen Fällen fand man die Tigroidkörper entweder in Körnchen zerfallen oder Klumpen vereinigt; die Fortsätze dieser Zellen waren meist spärlicher und kürzer als die normalen; der Kern zeigte Form- und Lageveränderungen; auch sonstige Zellanomalien hat man beobachtet (Nissl, Heilbronner, Meyer, Kramer u. a.).

Literatur.

Aichenwald, L., Zur Frage der Psychosen im Kindesalter. Neurolog. Bote Nr. 17. Moskau 1910.

Albers, Frorieps Tagesberichte 1852.

Alzheimer, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten.

Anton, G. Vier Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. Berlin 1908.

„ Psychiatrische Vorträge für Aerzte, Erzieher und Eltern. Zweite Serie. Berlin 1911.

„ Ueber geistige Ermüdung der Kinder im gesunden und kranken Zustande. Halle 1900.

„ Krankhafte Störungen und Hemmungen der geistigen Entwicklung. Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Wien 1909.

„ Ueber die Merkmale krankhafter Abartung bei Kindern und Jugendlichen.

„ Ueber krankhafte moralische Abartung im Kindesalter und über den Heilwert der Affekte.

„ Ueber die Formen der krankhaften moralischen Abartung.

Arndt, Erich, Ueber die Geschichte der Katatonie. Gaupp's Centralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Baer, Der Selbstmord im kindlichen Alter. Leipzig 1901.

Berger, Zwangsvorstellungen bei einem Kinde. Arch. f. Psych.

Berkhan, Correspondenzblatt f. Psych. 1862—67.

Berze, Ueber psychische Störungen des Kindesalters und des der Entwicklungshöhe vorausgehenden Alters. Aus v. Lindheims „Saluti juventutis". Wien-Leipzig.

Born, W., Beitrag zur Lehre von den Psychosen im Kindesalter. Dissert. Jena 1892.

Cohn, Die Psychosen im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. 1883.

Conrad, Ueber Geisteskrankheiten im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilkunde. 1896. Bd. 79.

Dörnberger, Zur Kasuistik der Psychosen im Kindesalter. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 27. 1891.

Edinger, Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane.

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887.

Engel, S. A. und Baum, Grundriß der Säuglingskunde. Wiesbaden 1912.

Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin 1905.

Flechsig, Paul, Gehirn und Seele. 1896.

„ Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Untersuchungen dargestellt. 1876.

Fleischmann, Der erste Durchbruch der Zähne. Klinik für Pädiatrik. 1912.

Gaupp, Psychologie des Kindes. Leipzig 1908.

Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten.

Gottgetreu, Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 62.

Guislain, Neue Lehre v. den Geistesstörungen (Phrenopathien) (Uebers. v. Wunderlich 1838).

Gumpertz, Karl, Beitrag zu den im Kindesalter auftretenden Seelenstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 33.

Griesinger, Pathol. und Therapie d. psych. Krankheiten. Stuttgart 1845.

Hagen, F. W., Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. Erlangen 1876.
Hermann, Grundlagen für das Verständnis krankhafter Seelenzustände beim Kinde. 1911.
His, Die Entwicklung des menschlichen Gehirns während der ersten Monate. 1904.
Hoche, Akutes halluzinatorisches Irresein (Amentia). Deutsche Klinik Bd. VI.
„ Die Grenze der geistigen Gesundheit. Halle 1903.
Ilberg, Das Jugendirresein. Leipzig 1898.
Infeldt, Beiträge zur Kenntnis der Kinderpsychosen. Jahrbuch f Psych. Bd. 22.
Jacobi, Max, Die Hauptformen der Seelenstörungen in ihren Beziehungen zur Heilkunde. 1844.
Kahlbaum, Karl, Die Katatonie. 1874.
Kassowitz, Vorlesungen der Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung. Leipzig-Wien. 1902.
Kelp, Psychose im Kindesalter. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 31.
Kraepelin, Psychatrie.
„ Ueber geistige Arbeit. Jena 1894.
Kronfeld, Die Zähne des Kindes. 1903.
Külzner, Abnorme Kinder. Der Kinderarzt Nr. 2.
Kußmaul, Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen. 1859.
Le Paulmier, Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la Manie. Paris 1856.
Magnan. Ueber Manie. 1893.
Manheimer, Les troubles mentaux dn l'enfance. Paris.
Maudsley, Physiologie und Pathologie der Seele. 1870. Böhm's Uebers.
Mendel, Die Manie. 1881.
Meschede, Psychose im Kindesalter. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30.
Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Arch. f. Psych. Bd. 32.

Meyer, E., Die prognostische Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr. 1902. Nr. 32.

„ Die pathologische Anatomie der Psychosen. 1903.

„ Die Ursachen der Geisteskranhheiten. Königsberg 1909.

Meynert, Klinische Vorlesungen. 1881.

Möller, Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 13.

Mönkemöller, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Berlin 1903.

Moll, Das Sexualleben des Kindes.

Moreau, Der Irrsinn im Kindesalter. Stuttgart 1889. Ueb. v. Galatti.

Moses, Beiträge zur Kenntnis der Genese und Aetiologie psychischer Störungen im Kindesalter. Inaug. Dissert. Straßburg 1892.

Munk, Ueber die Ausdehnung der Sinnessphären in der Großhirnrinde 1901.

Neißer, Clemens, Ueber die Katatonie 1887.

Neymann, Ueber die Beziehungen der Krankheiten des Kindesalters zu den Zahnkrankheiten. 1894.

Perez, La Psychologie de l'Enfant. Paris.

Pfaundler und Schloßmann, Lehrb. d. Kinderkrankheiten.

Preyer, die Seele des Kindes, 1908.

Raecke, Manie, Melancholie, Stupor und Katatonie. Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. 1909.

„ Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. Bd. 45.

Scherpf, Zur Aetiologie und Symptomologie Kindlicher Seelenstörungen. Jahrbuch f. Kinderheilkunde und psychische Erziehung. Bd. 16.

Schüle, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.

Seifert, Die Manie. 1916.

Stern, Clara und William, Monographie über die seelische Entwicklung des Kindes.

Strohmeyer, Psychopathologie des Kindes.
Strümpell, Die pädagogische Pathologie des Kindes. 1890.
Tremoth, Beiträge zur Lehre vom Irresein im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr.
Trömmer, Das Jugendirresein. 1900.
Trüper, Die Anfänge der abnormen Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. Altenburg 1902.
Weygandt, Leicht abnorme Kinder. 1905.
Willige, Die akuten paranoischen Erkrankungen. Halle 1913.
Wollenberg, Die Melancholie. 1906.
Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters.
„ Psychiatrie.

Außer den Krankenfällen, die die angeführten Autoren veröffentlichten, benutzte ich noch folgende Krankengeschichten der hiesigen Psychiatrischen- und Nervenklinik:

Buchzahl 4381/1910. E. K., B. 4305 F. S., B. 3504 L. R., B. 4001/1910 II. H. K., B. 3386 P. V., B. 4464/1910 K. B., B. 3076/1909 II. L. K., B. 3091 F. K., B. 2339/1908 II. O. K., B. 2267/1908 H. R., B. 2035 E. B., B. 1858/1908 II. K. F., B. 5811/1912 M. W., B. 4015/1910 II. E. N., B. 2902/1909 II. P. S., B. 3091/1909 II. F. K., B. 1346/1907 O. R., B. 436/1906 II. L. B., B. 1252/1907 II. L. L.

Lebenslauf.

Am 12. Juli 1882 wurde ich, Adolf Julius Engel in Znbardz bei Lodz geboren. Meine Vorbildung genoß ich anfangs in einer Privatschule und nachher an der 7klassigen Regierungskommerzschule zu Zgierź bei Lodz, die ich im Jahre 1904 absolvierte. Nach Beendigung dieser Schule war ich kaufmännisch tätig. Ostern 1909 wurde ich in Halle a. S. bei der medizinischen Fakultät inskribiert, wo ich auch bis Schluß meines Studiums verblieb. Im Jahre 1912 bestand ich vor der Prüfungskommission des Riga'er Lehrbezirks die Ergänzungsprüfung in der lateinischen Sprache im Umfange des vollständigen Kursus der Knabengymnasien.

Während meiner Studienzeit habe ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten besucht:

Abderhalden, Anton, Bernstein, v. Bramann, Denker, Dorn, Eisler, Fraenken, Gebhardt, Grouven, Grund, Harnack, Haasler, Haecker, Heynemann, v. Hippel, v. Hoeslin, Igersheimer, Karsten, Laqueur, Mohr, Oppel, Roux, Ad. Schmidt, Schmieden, Schulz, Stammler, Stieda, Stoeltzner, Veit, Vorländer.

Allen genannten Herren, meinen hochverehrten Lehrern, gestatte ich mir meinen innigsten Dank auszusprechen. Herrn Geheimrat Anton danke ich besonders für die Uebernahme des Referats.